

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



**A influência da Satisfação Conjugal, do Apoio Social
e dos Estados Emocionais Negativos no Processo
de Luto decorrente de uma Perda Gestacional**

Mariana Silvestre Ramos Morais Monteiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em
Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Universidade de Lisboa
Faculdade de Psicologia



**A influência da Satisfação Conjugal, do Apoio Social
e dos Estados Emocionais Negativos no Processo
de Luto decorrente de uma Perda Gestacional**

Mariana Silvestre Ramos Morais Monteiro

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em
Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica Dinâmica**

2020

Agradeço à minha fé, que me serve em vários momentos e faz com que sempre acredite que é possível e que mereço alcançar os meus objetivos.

Aos meus pais, por me terem ajudado, incentivado a estudar Psicologia e por me terem dito sempre que o mais importante era fazer o que eu gostava, bem como por terem visto em mim uma vocação desde o tempo das “conversinhas” na infantil. Obrigada ao meu pai, por me ouvir e me acompanhar com tanto carinho e disponibilidade, e por se ter tornado tão meu amigo e apoiante no dia-a-dia, todos os dias.

Ao meu avô António e à minha avó Elvira, pela inspiração e o amor eterno.

Obrigada ao orientador Prof.Doutor João Justo, que foi incansável na sua disponibilidade desde o início da investigação e me ajudou a estruturar, desenvolver e em todas as fases envolventes do processo, com uma extrema atenção e simpatia, as quais jamais esqueerei. Tal como a sua paciência, levo como aprendizagem o seu comprometimento para com a investigação e a qualidade da mesma.

Ao Dr. Carlos, que me vai lembrando de que pode haver algo positivo do que antigamente eu pensava ser apenas negativo e sobretudo por acreditar e me ajudar a fazer o mesmo.

À Doutora Fátima Serrano da Maternidade Alfredo da Costa, que se mostrou disponível para ajudar na divulgação da investigação, e, sem a qual, teria sido bastante difícil continuar a terminar com sucesso.

Por fim, às pessoas que foram surgindo ao longo da minha vida e que me ajudaram a aprender algo e a desenvolver capacidades que hoje me são úteis e me ajudaram a terminar este projeto.

Resumo

Introdução: A vivência do processo de luto decorrente de uma perda gestacional está associada a diferentes fatores como o apoio social, a satisfação conjugal e os estados emocionais negativos. **Objetivos:** Compreender o impacto de diferentes fatores psicológicos na vivência do processo de luto decorrente de uma perda gestacional. **Hipóteses:** A satisfação conjugal, o apoio social e os estados emocionais negativos dão um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto. **Instrumentos:** a) Escala de Intensidade do Luto Perinatal (Toedter et al., 1988; versão Portuguesa de Mendonça, 2018); b) Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996); c) Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999); d) Questionário de Atitudes Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa (Harder & Greenwald, 1999; versão Portuguesa de Geada, 2003); e) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). **Participantes:** Mulheres (N = 37) com história obstétrica de pelo menos uma perda gestacional. Foi utilizada a plataforma Qualtrics para recolher os dados através das respostas aos questionários online. As hipóteses foram testadas com análises de regressão linear. **Resultados:** Observaram-se, nas análises de regressão linear, interações significativas entre a Autonomia percebida na Satisfação Conjugal, a Depressão, a Ansiedade e o Stress, em relação às Dificuldades de Coping e Desespero do processo de luto. A percepção do Suporte Social, em particular no que toca à Família, também interage com a Depressão e a Ansiedade para explicar a variância das Dificuldades de Coping e Desespero. **Conclusões:** O apoio social e o suporte percebido, bem como a satisfação com a relação conjugal, em conjunto com os estados emocionais negativos, apresentam uma influência significativa em diferentes aspetos do processo de luto. Assim, as conclusões da investigação encaminham-nos no sentido de olharmos para o apoio percebido e sentido pelas mulheres que sofreram perda gestacional como sendo aspetos indispensáveis e a ter necessariamente em conta na abordagem e acompanhamento do processo de luto.

Palavras-Chave: perda gestacional, processo de luto, apoio social, satisfação conjugal, depressão, ansiedade, stress.

Abstract

Introduction: The experience of the grieving process resulting from pregnancy loss is associated with different factors such as social support, marital satisfaction, personal attitudes and negative emotional states. **Goal:** To understand the impact of different psychological factors in the experience of the grieving process resulting from pregnancy loss. **Instruments:** a) Perinatal Intensity Grief Scale (Toedter et al., 1988; Portuguese version of Mendonça, 2018); b) Marital Areas Satisfaction Assessment Scale (Narciso & Costa, 1996); c) Social Support Satisfaction Scale (Pais-Ribeiro, 1999); d) Personal Attitudes Questionnaire - Scale of Shame and Guilt (Harder & Greenwald, 1999; Portuguese version of Geada, 2003); e) Anxiety, Depression and Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995; Portuguese version of Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). **Participants:** Women (N = 37) with an obstetric history of at least one pregnancy loss. The Qualtrics platform was used to collect data through responses to online questionnaires. The hypotheses were tested with linear regression analysis. **Results:** Significant interactions were observed in the linear regression analysis between Autonomy perceived in Marital Satisfaction, Depression, Anxiety and Stress, relatively to Coping Difficulties and Despair in the grieving process. The perception of Social Support, particularly in regard to the Family, also interacted with Depression and Anxiety while trying to explain the variance of Coping Difficulties and Despair. **Conclusions:** Social support and perceived support, as well as satisfaction with the marital relationship, together with negative emotional states, have a significant influence on different aspects of the grieving process. Thus, the conclusions of the investigation lead us to look at the support perceived and felt by women who have suffered pregnancy lost as aspects that must be taken into account when approaching and monitoring the grieving process.

Keywords: gestational loss, grief process, social support, marital satisfaction, depression, anxiety, stress.

Índice

1. Introdução Teórica	1
2. Objetivos de Investigação.....	7
2.1 Hipóteses de Investigação.....	7
3. Metodologia.....	9
3.1 Definição das Variáveis.....	9
3.2 Operacionalização de Variáveis.....	9
3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	9
3.2.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	10
3.2.3 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	11
3.2.4 Questionário de Atitudes Pessoais - Escala de Culpa e Vergonha.....	12
3.2.5 Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	12
3.2.6. Escala de Intensidade do Luto Perinatal.....	13
3.3. Procedimento.....	14
3.3.1 Critérios de Inclusão na Amostra.....	14
3.3.2 Caracterização da Amostra.....	15
4. Resultados.....	17
4.1. Testagem das Hipóteses.....	17
4.1.1 Testagem da Hipótese 1.....	17
4.1.2 Testagem da Hipótese 2.....	18
4.1.3 Testagem da Hipótese 3.....	18
4.1.4 Testagem da Hipótese 4.....	19
4.1.5 Testagem da Hipótese 5.....	19
4.1.6 Testagem da Hipótese 6.....	20
5. Discussão de Resultados e Conclusão.....	23
6. Limitações e Sugestões para Estudos Futuros.....	27
Referências Bibliográficas	
Anexos	

Índice de Anexos

Anexo I: Aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação

Anexo II: Autorização dos autores para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo III: Autorização dos autores para a utilização da Escala de Intensidade do Luto Perinatal

Anexo IV: Autorização dos autores para a utilização da Escala de Ansiedade Depressão e Stress

Anexo V: Autorização dos autores para a utilização do Questionário de Atitudes Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa

Anexo VI: Autorização dos autores da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo VII: Anexo VIII: Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo VIII: Folha de Informação à Participante

Anexo IX: Consentimento Informado

Anexo X: Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo XI: Escala de Ansiedade Depressão e Stress

Anexo XII: Questionário de Atitudes Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa

Anexo XIII: Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Anexo IX: Escala de Intensidade do Luto Perinatal

Anexo X: Índice de Anexos

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas da Amostra.....	32
Tabela 2 - Características Clínicas da Amostra.....	33
Tabela 3 - Análise da regressão da hipótese 1.....	35
Tabela 4 - Análise de regressão da hipótese 2.....	35
Tabela 5 - Análise de regressão da hipótese 3.....	36
Tabela 6 - Análise de regressão da hipótese 4.....	36
Tabela 7 - Análise de regressão da hipótese 5.....	37
Tabela 8 - Análise de regressão da hipótese 6.....	38

1. Introdução Teórica

O período de gestação é inevitavelmente um momento de elevada exigência emocional, o qual inclui diferentes variações hormonais, de um ponto de vista orgânico, e de um ponto de vista emocional e psicológico, implicando a vivência de sentimentos e emoções que são únicos e se diferenciam de qualquer outra fase de vida. Seja por parte da grávida em si ou dos que a rodeiam, o parceiro e pai, os familiares e os mais envolvidos. Assim sendo, o que varia neste período não é apenas o estado emocional da grávida mas, também, a forma como se relaciona com os outros e o que espera e necessita das relações apoiantes. Tendo estas premissas como plausíveis, um acontecimento como a perda gestacional é uma experiência traumática e com consequências a nível físico e psicológico. As perdas em obstetrícia são designadas como perda gestacional precoce, perda gestacional tardia (nado morto) e morte neonatal (nado vivo falecido imediatamente após o nascimento). A perda gestacional é um acontecimento relativamente comum que ocorre entre 12% a 24% das gestações confirmadas, sendo que a maioria ocorre nos primeiros três meses de gravidez (Arntz et al., 2001). Ainda, entre 30% e 35% destas pacientes desenvolvem sintomas severos de depressão seis meses após a perda do bebé (Blackmore et al., 2011). Outros sintomas de mal-estar psicológico como a ansiedade, solidão, culpa, vergonha, falta de auto-estima, zanga, stress pós-traumático e luto patológico podem surgir (Hassanzadeh et al., 2016). Trata-se de uma perda bastante ambígua, em que os motivos são muitas das vezes desconhecidos, apenas 34% das mães recebem uma explicação do acontecimento (Conway & Russell, 2000). Pode sentir-se a falta física, mas permanece a presença psicológica da criança, bem como as fantasias e expectativas relacionadas com a gravidez, contribuindo para a complexidade deste acontecimento e para a importância de a mulher se sentir acompanhada e apoiada nesse processo (Gerber-Epstein et al., 2009).

Estudos científicos têm reunido dados que indicam a perda gestacional como fator de risco para perturbações de stress pós-traumático, especialmente nos casos em que as mulheres se sentiram responsáveis pelo acontecimento traumático e com baixa perceção de controlo. Outros critérios a considerar e que têm impacto direto na forma como as mulheres conseguem ultrapassar esta fase de luto, são os que incluem o apoio social percebido. Seja durante a vivência do acontecimento ou após, tratando-se dos funcionários da instituição hospitalar (médicos, enfermeiras, etc.), e os familiares

(Koopman et al., 2006). O Modelo de Stress e Coping sugerido por Lazarus e Folkman (1984) define o stress psicológico como um excesso de desamparo e falta de recursos sentidos para lidar com a relação entre a pessoa e o ambiente ou determinada circunstância, levando ao comprometimento do seu bem-estar. Aplicando este modelo ao problema da perda gestacional, crê-se que múltiplos fatores na pessoa e no ambiente contribuem para a percepção do nível de stress e os mecanismos de *coping* que sente ter disponíveis e capazes de serem utilizados eficazmente. Assim, será todo o conjunto de fatores que envolvem um acontecimento traumático como a perda gestacional, bem como os recursos da pessoa em si, que irão ditar o decorrer do luto.

Folkman (1984) sublinhou a importância da percepção de controlo pessoal na interligação com o stress e os mecanismos de *coping* para lidar com o mesmo. Nos casos de perda gestacional a mulher poderá sentir uma sensação de descontrolo em relação ao seu próprio corpo e pode colocar em causa o seu valor e autoestima; a felicidade e orgulho de ter engravidado e todos os sentimentos envolvidos nessa experiência são travados por um momento de perda sem que a mulher possa fazer algo para evitar ou reverter o acontecido; esta ambivalência poderá ter um impacto psicológico forte.

O isolamento e a culpa são dois dos fatores mais importantes para prever o desenvolvimento de sintomas patológicos a nível psicológico e podem ser prevenidos através, mais uma vez, de um positivo acompanhamento por parte do sistema de apoio. Mesmo assim, um estudo levado a cabo em França mostrou que passados três meses após a perda gestacional, 51% das mulheres reuniam critérios de depressão do DSM-III (Garel et al., 1992). Independentemente do caso, existem sempre fatores internos e externos que a pessoa procurará encontrar para explicar o que aconteceu. A necessidade de que a perda ganhe significado passa por encontrar, na medida possível, uma explicação, o que demonstra como a perda gestacional acaba por ser um acontecimento com significado antropológico e cultural (Warsop et al., 2004).

Os estudos que têm sido desenvolvidos comprovam que, em vários casos, estamos perante um trauma que necessita de ser compreendido e aceite, sobretudo no que toca às atribuições associadas à perda (Canário et al., 2011). As ditas "emoções sociais problemáticas" podem surgir, tais como o stress, ansiedade e depressão, e outras como a vergonha, culpa, inveja, etc. A vergonha pode ter como base concepções e crenças despropositadas e irracionais de responsabilidade ou castigo mórbido (Barr et al., 2007).

Algumas mulheres tendencialmente culpabilizam o seu carácter ou as suas características quando utilizam estratégias de coping de culpabilização (James & Kristiansen, 1995), o que pode explicar a angústia de culpa e de autocritica no processo de luto; estas predizem os sintomas de luto decorrentes de uma perda gestacional. A autocritica está presente quer no luto adaptativo, quer no luto com presença de respostas maladaptativas (Janssen, 2001). A culpa demonstra ter também efeitos negativos nas relações interpessoais, sendo que este mecanismo de coping pode tornar-se um fator de stress para o parceiro (Bodenmann, 2005).

O luto crónico é um tipo de luto patológico no qual o processo de luto não é elaborado corretamente e não chega a uma fase de resolução em nenhum momento, criando um sofrimento permanente; alguns aspetos estão associados ao risco de desenvolver um luto crónico, tais como os recursos psicológicos, as dificuldades de coping em conjunto com a saúde mental e apoio social posterior à perda (Toedter & Lasker, 1991). Num estudo de Day e Hooks (1987), o apoio social demonstrou ter um impacto positivo e importante para lidar com o luto e os stressores associados, e outro estudo de Cohen e Syme (1985) sublinhou a relevância da qualidade da relação conjugal no lidar com a perda. Parkes (1984) identificou os dois grandes tipos de luto atípico e possivelmente patológico, o luto atrasado, inibido ou até ausente, e o luto prolongado. Bowlby (1980) concordou com a hipótese de que a ausência da vivência do luto pouco tempo após a perda poder indicar um risco para o luto patológico. A Escala de Luto Perinatal serve de exemplo neste sentido, na medida em que valoriza sobretudo a perda do sentido de vida, o desespero e o desamparo profundo como sinais de um luto patológico. Estes (Dificuldades de Coping e Desespero) por sua vez, são melhor previstos pelos recursos de coping psicológicos e sociais, indicando que a vivência de este apoio social tem impacto na vivência de uma crise associada a perdas deste tipo (Lasker et al., 1991).

Uma vez que as perdas gestacionais são de forma comum vistas como um evento médico associado à gravidez, é pouco tido em conta o impacto emocional que a família e os amigos podem ter nas mulheres e nos parceiros após a perda. Como já vimos, trata-se realmente de um acontecimento complexo e estudos apontam para a importância do apoio e suporte social no decorrer do processo de luto e na manutenção da saúde mental dos intervenientes (Bilardi et al., 2018). Gallus et al. (2018) sugerem que, apesar da antiga conceção de que este problema médico afeta

apenas as mulheres, sabemos hoje que a perda física e psicológica afeta não só a mulher mas, também, as suas relações e a vida interpessoal.

Não é, portanto, improvável que o apoio social tenha um papel relevante no processo de luto após a perda, apesar de, em estudos anteriores, ter sido sugerido que as mulheres sentem falta de apoio por parte da família e dos amigos e inclusive pouco reconhecimento da importância da sua perda e do sofrimento associado. A tendência é que as mulheres que passam por uma perda de gravidez espontânea sintam que o sofrimento não é considerado válido por aqueles que a rodeiam, o que pode contribuir para menor facilidade em procurar ajuda e exteriorizar sentimentos e emoções, quer sejam positivas ou negativas. O simples facto de ser transformado num assunto proibido sobre o qual não é aceite conversar, torna o acontecimento mais traumático e pouco elaborado mentalmente, devido ao pouco reconhecimento social do tema. Consequentemente, o silêncio ou comentários desajustados sobre o aborto espontâneo podem causar sentimentos de mágoa e desilusão que criam mais sofrimento psicológico (Bilardi et al., 2018).

Quanto ao apoio do parceiro e a satisfação conjugal durante o processo de luto, estudos anteriores sugerem que o homem tem tendência a adotar um papel apoiante e não vive ativamente o seu próprio luto, tornando-se a figura central de apoio e de ajuda (Bilardi et al., 2018). Este apoio pode manifestar-se de diferentes formas ou refletir-se simplesmente na satisfação com a vida conjugal e inclui variados aspetos tais como a comunicação, a resolução de conflitos, a partilha das tarefas domésticas e familiares, a sexualidade ou a intimidade emocional. Alguns aspetos que poderão dificultar a procura de apoio do parceiro é a tendência para alguns homens evitarem falar sobre a perda e sobre os sentimentos associados à mesma ao longo do tempo, o que poderá causar sensação de isolamento e evitamento e, por outro lado, uma tendência de pensamento egocêntrico que, quando presente, contribui para que a mulher esqueça e deixe de parte o parceiro que partilha com ela a experiência de uma perda gestacional (Gerber-Epstein et al., 2009).

Helmrath e Steinitz (1978) propuseram que os casais podem sentir-se isolados e pouco apoiados por amigos e familiares que não compreendem o impacto de uma perda gestacional e, por isso mesmo, tendem a procurar apoio entre si sobretudo, fortalecendo a relação e os laços mantidos (Lasker et al., 1995). A nível familiar, num estudo de Gerber-Epstein et al., (2009) ficou demonstrado que algumas mulheres recebem apoio especialmente por parte das suas mães (Gallus et al., 2018).

Seja qual for a fonte de apoio, os estudos indicam que o apoio social e as relações interpessoais têm um impacto significativo e tendencialmente positivo durante o processo de luto e, também, nos sentimentos, emoções e possíveis sintomas representantes de sofrimento psicológico associados à perda gestacional.

2. Objetivos de Investigação

A investigação desenvolvida pretende explicar o processo de luto decorrente de uma perda gestacional em função de variáveis como: satisfação conjugal, satisfação com o apoio social, estados emocionais negativos e emoções como a culpa e a vergonha. Além disso, pretende-se observar o valor explicativo da interação entre estados emocionais negativos e satisfação com o suporte social, bem como entre estados emocionais negativos e satisfação conjugal na explicação do referido processo de luto.

2.1 Hipóteses de Investigação

Hipótese 1 - a satisfação conjugal dá um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

Hipótese 2 - a satisfação com o suporte social dá um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

Hipótese 3 - os estados emocionais negativos dão um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

Hipótese 4 - as emoções de culpa e vergonha dão um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

Hipótese 5 - a interação entre os estados emocionais negativos e a satisfação com o suporte social dá um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

Hipótese 6 - a interação entre os estados emocionais negativos e a satisfação conjugal dá um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto.

3. Metodologia

3.1 Definição de Variáveis

Nas diferentes hipóteses criadas para esta investigação, a variável dependente é sempre o processo de luto.

Na Hipótese 1, a variável independente é a satisfação conjugal. Na Hipótese 2, a variável independente é a satisfação com o suporte social. Quanto à Hipótese 3, a variável independente é constituída pelos estados emocionais negativos. Na Hipótese 4, a variável independente é protagonizada pelas emoções de culpa e vergonha. Na Hipótese 5, as variáveis independentes são constituídas pelos estados emocionais negativos e pela satisfação com o suporte social. Por fim, na Hipótese 6, como variáveis independentes, temos os estados emocionais negativos e a satisfação conjugal.

As variáveis controladas em cada uma das análises foram as seguintes: idade das participantes, educação, planeamento da última gravidez, número de meses após a última perda gestacional e existência ou não de acompanhamento psicológico atual.

3.2 Operacionalização das Variáveis

3.2.1 Questionário Sociodemográfico e Clínico

O Questionário Sociodemográfico e Clínico foi construído com a intenção de recolher informações pessoais, relacionais e sobre a história obstétrica que fossem relevantes para caracterizar a amostra e moderar a interação entre as variáveis testadas nas hipóteses.

Portanto, os dados foram recolhidos através das seguintes variáveis: idade da participante e do companheiro, nacionalidade, residência, distrito, estatuto conjugal, estatuto socioeconómico, profissão, anos de estudo com sucesso. Do ponto de vista relacional, as variáveis utilizadas foram o tempo da relação, a frequência do contacto com o progenitor dos filhos e, por fim, a perceção sobre o apoio familiar e apoio social. Quanto à história obstétrica, as variáveis escolhidas foram o número de filhos, o número de gravidezes, o número de perdas gestacionais, o planeamento da gravidez, a existência ou não de gravidez gemelar, o acompanhamento médico durante a

gravidez, a história de consumos ou problemas de saúde, se a gravidez foi considerada de risco e qual o motivo, ocorrência de baixa médica, número de meses após a última perda, tempo de gestação aquando da descoberta da gravidez, tempo de gestação aquando da perda gestacional e acompanhamento psicológico posterior à perda.

3.2.2 Escala de Satisfação com o Suporte Social

A Escala de Satisfação com o Suporte social foi criada e desenvolvida por Pais-Ribeiro em 1999, com o objetivo de compreender e operacionalizar o grau de satisfação a diferentes níveis com o suporte social percebido através de 15 afirmações de autoavaliação. As respostas aos itens variam numa escala de *Likert* que varia entre cinco níveis: A - Concordo Totalmente; B - Concordo na Maior Parte; C - Não Concordo nem Discordo; D - Discordo na Maior Parte; E - Discordo Totalmente. Os itens 4, 5 e 9-15 têm de ser invertidos. Os 15 itens dividem-se em 4 dimensões que focam diferentes aspetos do suporte social: 1) SA (Satisfação com amigos) que inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), 2) IN (Intimidade) que inclui quatro itens (1, 4, 5, 6), 3) SF (Satisfação com a família) que inclui três itens (9, 10, 11) e, por último, 4) AS (Atividades sociais) que inclui três itens (2, 7, 8). O total é recolhido através das respostas aos 15 itens e resulta na pontuação total da escala, sendo que a pontuação pode variar entre 15 e 75; quanto maior for a perceção de suporte social maior será a pontuação obtida na escala. As várias escalas de este instrumento têm a seguinte consistência interna: a) Satisfação com amigos ($\alpha = .83$), b) Intimidade ($\alpha = .74$), c) Satisfação com a família ($\alpha = .74$) e d) Atividades sociais ($\alpha = .64$). Somando todos os itens, obtém-se uma Escala Total cuja consistência interna é boa ($\alpha = .85$).

Na nossa amostra, observaram-se os seguintes resultados: Satisfação com amigos, $M = 18.38$, $DP = 4.13$, mín. = 9.00, máx. = 25.00, assimetria = $-.221$, curtose = $-.246$, $\alpha = .818$; Intimidade, $M = 14.68$, $DP = 3.87$, mín. = 7.00, máx. = 20.00, assimetria = $-.214$, curtose = -1.198 , $\alpha = .755$; Satisfação com a família, $M = 10.91$, $DP = 2.56$, mín. = 4.00, máx. = 15.00, assimetria = $-.487$, curtose = $.015$, $\alpha = .759$; Atividades sociais, $M = 8.47$, $DP = 2.71$, mín. = 3.00, máx. = 13.00, assimetria = $-.174$, curtose = $-.467$, $\alpha = .599$; Escala Total, $M = 52.44$, $DP = 9.39$, mín. = 34.00, máx. = 73.00, assimetria = $.089$, curtose = $-.559$, $\alpha = .825$.

3.2.3 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

Para a operacionalização dos estados emocionais negativos, foi utilizada a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS) de Lovibond e Lovibond (1995), a qual foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), numa versão com vinte e um itens. Trata-se de uma medida de autorrelato na qual os itens estão divididos em três subescalas constituídas por sete itens cada. Os itens são frases afirmativas e a escala de resposta é de tipo Likert, variando entre 0 - não se aplicou nada a mim, até 3 - aplicou-se a mim a maior parte das vezes. As subescalas são, portanto: 1) Depressão, caracterizada pela perda de autoestima e de motivação, associada a baixo sentido de vida e produtividade no sentido de alcançar objetivos de vida significativos; 2) Ansiedade, caracterizada pelos estados ansiosos persistentes e pelas respostas de medo intenso; 3) Stress, caracterizada pelos estados de excitação e tensão, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. A subescala da Depressão inclui os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21, a subescala da Ansiedade agrega os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 fazem parte da subescala do Stress. O total na subescala da Depressão varia entre 0 e 9, já na subescala da Ansiedade varia entre 0 e 7 e entre 0 e 14 no Stress. Valores considerados “ligeiros” variam entre 10 e 13 para a Depressão, 8 e 9 na subescala da Ansiedade e 15 e 18 no Stress. Valores “moderados” de Depressão oscilam entre 14 e 20, entre 10 e 14 na Ansiedade e entre 19 e 25 no caso do Stress. Já os valores considerados “graves” variam entre 21 e 27 na Depressão, entre 15 e 19 na Ansiedade e entre 26 e 33 no que se refere ao Stress. Por fim, os valores ditos “extremamente graves” estão acima de 28 pontos para a Depressão, 30 pontos para a Ansiedade e 37 pontos para o Stress. Quanto à consistência interna, os valores são sempre elevados: Depressão, $\alpha = .94$, Ansiedade, $\alpha = .87$ e Stress, $\alpha = .91$.

Na nossa amostra, observaram-se os seguintes resultados: Depressão, $M = 12.20$, $DP = 5.37$, mín. = .00, máx. = 28.00, assimetria = 0.56, curtose = 1.69, $\alpha = .89$; Ansiedade, $M = 10.77$, $DP = 5.08$, mín. = 1.00, máx. = 25.00, assimetria = .98, curtose = 1.27, $\alpha = .90$; Stress, $M = 14.13$, $DP = 5.86$, mín. = 2.00, máx. = 28.00, assimetria = .57, curtose = .49, $\alpha = .94$; Escala Total, $M = 37.01$, $DP = 15.20$, mín. = 3.00, máx. = 78.00, assimetria = .54, curtose = .98, $\alpha = .96$.

3.2.4 Questionário de Atitudes Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa

A Escala de Vergonha e Culpa foi desenvolvida por Harder e Greenwald em 1999, sendo traduzida e adaptada em versão portuguesa por Geada em 2003. É constituída por 22 itens que se expressam numa escala de Likert, a qual varia entre: 0 - Nunca Sinto; 1 - Raramente Sinto; 2 - Sinto Algumas Vezes; 3 - Sinto Frequentemente e 4 - Sinto Sempre ou Quase Sempre. O total da escala é dado pela soma dos resultados nos diferentes itens. Os itens representativos da Culpa são 2, 4, 8, 11, 17, 22 e os itens associados à Vergonha são 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 18 e 21.

Na nossa amostra, observaram-se os seguintes resultados: Culpa, $M = 15.80$, $DP = 4.49$, mín. = 4.00, máx. = 27.00, assimetria = - .31, curtose = 1.76, $\alpha = .874$; Vergonha, $M = 21.38$, $DP = 11.98$, mín. = 4.00, máx. = 37.00, assimetria = -.016, curtose = 2.84, $\alpha = .880$.

3.2.5 Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

A Escala da Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) foi desenvolvida por Narciso e Costa em 1996. É composta por 44 itens que se referem a sete áreas do funcionamento conjugal: Quanto às características psicométricas do instrumento, são avaliados sete fatores principais: 1) Intimidade Emocional, que inclui dezoito itens (19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44), 2), Sexualidade com seis itens (23-28), 3), Comunicação/ Conflito com sete itens (14, 15, 16, 17, 18, 21, 22), 4), Funções Familiares que inclui quatro itens (1-4), 5) Rede Social que inclui três itens (7- 9), 6) Autonomia que inclui quatro itens (10-13) e, 7) Tempos Livres que inclui os restantes dois itens (5,6). As respostas de auto-avaliação são dadas através da perspetiva subjetiva das participantes perante afirmações numa escala de *Likert* que varia entre: 1 - Nada Satisfeito; 2 - Pouco Satisfeito; 3 - Razoavelmente Satisfeito; 4 - Satisfeito; 5 - Muito Satisfeito e 6 - Completamente Satisfeito. As escalas da EASAVIC apresentam a seguinte consistência interna: a) Intimidade emocional ($\alpha = .96$), b) Sexualidade ($\alpha = .93$), c) Comunicação/ Conflito ($\alpha = .91$), d) Funções familiares ($\alpha = .84$), e) Rede social ($\alpha = .73$), f) Autonomia ($\alpha = .82$) e g) Tempos livres ($\alpha = .70$). Através da soma de todos os itens, obtém-se uma Escala Total cuja consistência interna é excelente ($\alpha = .97$).

Na nossa amostra, observaram-se os seguintes resultados: Intimidade emocional, $M = 87.43$, $DP = 13.39$, mín. = 48.00, máx. = 106.00, assimetria = -1.17, curtose = 1.55, $\alpha = .96$; Sexualidade, $M = 28.48$, $DP = 6.89$, mín. = 14.00, máx. = 36.00, assimetria = -.81, curtose = -.36, $\alpha = .96$; Comunicação e Conflitos, $M = 41.22$, $DP = 9.29$, mín. = 21.00, máx. = 54.00, assimetria = -.55, curtose = -.14, $\alpha = .931$; Funções familiares, $M = 16.08$, $DP = 4.94$, mín. = 4.00, máx. = 24.00, assimetria = -.28, curtose = .03, $\alpha = .92$; Rede social, $M = 12.22$, $DP = 3.29$, mín. = 5.00, máx. = 18.00, assimetria = -.47, curtose = -.32, $\alpha = .72$; Autonomia, $M = 18.74$, $DP = 2.94$, mín. = 14.00, máx. = 24.00, assimetria = .50, curtose = -.71, $\alpha = .77$; Escala Total, $M = 201.87$, $DP = 36.94$, mín. = 115.00, máx. = 255.00, assimetria = -.74, curtose = .28, $\alpha = .98$.

3.2.6 Escala de Intensidade do Luto Perinatal

A Escala de Intensidade do Luto Perinatal pretende avaliar através de respostas subjetivas e auto-avaliativas, o grau e a frequência com que as participantes sentem as diferentes dimensões associadas ao luto. Os sentimentos e pensamentos durante um período de seis meses após a perda são, assim, tidos em conta para responder aos itens. Esta escala foi desenvolvida por Huttu em 1998 e adaptada na versão portuguesa para Escala de Intensidade do Luto Perinatal por Mendonça (2018). Apesar de ter sido construída com base nas dimensões teóricas do luto, como descrença, raiva, solidão e culpa, a análise fatorial dos dados permitiu conceptualizar uma estrutura tri-fatorial (Potvin et al., 1989). A primeira subescala foi nomeada como Luto Ativo e inclui onze itens (1, 3, 5-7, 10, 12-14, 19, 27) que enfatizam a tristeza, a saudade do bebé e o choro pela perda. A segunda subescala definiu-se como Dificuldades de Coping e inclui onze itens (2, 4, 8, 11, 21, 24-26, 28, 30, 33) que sugerem dificuldade em executar tarefas diárias e sociais, potencialmente indicadores de depressão. A última subescala foi designada como Desespero e utiliza onze itens (9, 15-18, 20, 22, 23, 29, 31, 32) que remetem para sensações de desesperança e de inutilidade. Nestes três fatores, é necessário inverter todos os itens à exceção do item 11 e do item 33. As várias escalas de este instrumento demonstraram a seguinte consistência interna: a) Luto Ativo ($\alpha = .92$), b) Dificuldade de Coping ($\alpha = .91$), c) Desespero ($\alpha = .86$).

Na nossa amostra, observaram-se os seguintes resultados: Luto Ativo, $M = 34.19$, $DP = 10.94$, mín. = 18.00, máx. = 50.00, assimetria = .06, curtose = -1.56, $\alpha = .90$;

Dificuldades de Coping, $M = 42.76$, $DP = 7.62$, mín. = 32.00, máx. = 55.00, assimetria = - .02, curtose = - 1.28, $\alpha = .78$; Desespero, $M = 46.13$, $DP = 7.95$, mín. = 32.00, máx. = 55.00, assimetria = - .80, curtose = - .81, $\alpha = .82$; Escala Total, $M = 122.80$, $DP = 21.88$, mín. = 86.00, máx. = 153.00, assimetria = - .27, curtose = -. 88, $\alpha = .92$.

3.3 Procedimento

3.3.1 Critérios de Inclusão na Amostra

Os Critérios de Inclusão tidos em conta na presente investigação foram: idade superior a 18 anos de idade, fluência na compreensão da língua portuguesa e ter sofrido pelo menos uma perda gestacional no decorrer da vida.

Bastava, para esta investigação, ter sofrido uma perda gestacional, independentemente da idade de gestação no momento da perda ou de outros fatores, na medida em que o foco da investigação era compreender o impacto a nível psicológico, social, relacional e desenvolvimento de sintomas associados aos estados emocionais negativos no processo de luto vivido.

3.3.2 Recolha da Amostra

Devido ao surgimento e às restrições da pandemia da COVID-19, houve a necessidade de proceder à recolha de dados através de uma aplicação online. A escolha recaiu sobre a plataforma Qualtrics por ser de uso corrente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Assim sendo, foi desenvolvido um protocolo online onde inicialmente era explicado o objetivo da investigação, os instrumentos utilizados e as informações pertinentes sobre a investigação e respetiva investigadora responsável. De seguida, era apresentado o Questionário Sociodemográfico e Clínico seguido pelos restantes instrumentos. O link para participação na nossa investigação foi partilhado nas redes sociais através de mensagens de convite. Segundo um artigo de Granello e Wheaton, (2004), algumas das vantagens da recolha de dados online seriam a redução do tempo gasto na recolha, a facilidade em alcançar participantes sem a limitação de um só ou poucos ambientes de recolha, a facilidade de resposta e a liberdade do tempo de resposta, bem como possível menor constrangimento durante

as respostas aos instrumentos (especialmente quando se trata de um tema sensível que pode despertar reações emocionais bastante pessoais e privadas). Ainda, a motivação das participantes, o risco de múltiplas respostas realizadas pela mesma pessoa, o risco de contaminação da amostra, de respostas desonestas e de consequências negativas para a participante, são alguns dos fatores salvaguardados e evitados na utilização de plataformas de recolha online (Paolacci., 2010). A utilização do Qualtrics permitiu também recolher respostas online de participantes de cidades diferentes e em variados locais, esta é uma vantagem deste tipo de recolha que ultrapassa as limitações da proximidade física geralmente associada à recolha presencial de respostas. Como foi demonstrado no artigo de Hauser (2015), na recolha de dados online é de extrema importância a fluência na língua (neste caso portuguesa), pois não existe a possibilidade de esclarecer dúvidas presencialmente. Assim, houve uma tentativa de retirar o melhor desta nova abordagem metodológica dadas as circunstâncias.

3.3.2 Caracterização da Amostra

Nesta investigação, contamos com 37 participantes a partir da plataforma de software Qualtrics. As características sociodemográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.

Dados sociodemográficos das participantes (N = 37)

		M	DP	mín.	máx.
Idade		39.95	10.72	23	67
Escolaridade		13.24	6.18	2	27
Estatuto socioeconómico	I - 16 (43.2%)	16 (43.2%)			
	II - 16 (42.3%)	16 (42.3%)			
	III - 1 (2.7%)	1 (2.7%)			
	N.A - 4 (10.8%)				
	Casada	22 (59.5%)			
Estatuto	Solteira	7 (18.9%)			
conjugal	Divorciada	3 (8.1%)			
	União de facto	5 (13.5%)			
Estatuto laboral	Estudante	1 (2.7%)			
	Desempregada	1 (2.7%)			
	T.P.C.P.	4 (10.8%)			
	T.P.C.O.	29 (78.4%)			
Apoio familiar	Sim	32 (86.5 %)			
	Não	4 (10.8 %)			
	N. A.	1 (2.7 %)			
Apoio social	Sim	34 (91.9%)			
	Não	2 (5.4%)			
	N. A.	1 (2.7%)			

T.P.C.P.: Trabalhador por Conta Própria; T.P.C.O.: Trabalhador por Conta Outrem; N. A.: Não Acessível

A idades das participantes apresenta uma grande amplitude, o que favorece a representatividade da amostra. Podemos constatar que a amostra conseguida no estudo é constituída por mulheres com um nível de escolaridade bom, com uma média de 13.24 anos de estudos com sucesso. No que se refere ao apoio familiar, 86.5% das participantes referem sentir que têm esse apoio e a tendência positiva mantém-se quanto ao apoio de amigos, com uma percentagem de 91.9% com resposta afirmativa à questão do apoio entre as amigadas.

Na Tabela 2, podem ser observadas as características clínicas da amostra.

Tabela 2.

Estatística descritiva das variáveis clínicas da amostra (N = 37).

			M	DP	mín.	máx.
n ° de meses desde a						
última perda			122.79	176.93	1	778
n° de perdas						
gestacionais			1.80	.997	1	4
T.G.M.D.G.						
(semanas)			7.00	2.45	5	10
T.G.A.P.						
(semanas)			13.20	7.19	7	24
Acompanhamento	Sim	18 (48.6%)				
psicológico	Não	17 (45.9%)				
Acompanhamento	Sim	8 (21.6%)				
psicológico atual	Não	27 (73.0%)				
Planeamento da última	Sim	25 (67.6%)				
gravidez	Não	7 (18.9%)				
A.M.U.G. P.	Sim	30 (81.1%)				
	Não	1 (2.7%)				
Gravidez de risco	Sim	10 (27%)				
	Não	22 (59.5%)				

T.G.M.D.G: tempo de gestação no momento da descoberta da gravidez. T.G.A.P: tempo de gestação aquando da perda

A.M.U.G.P: acompanhamento médico durante a última gravidez perdida.

A maior parte das perdas gestacionais ocorridas na amostra aconteceram entre os 3 e os 4 meses, sendo que a maior parte das gravidezes foram descobertas por volta das 7 semanas. Observa-se pouca diferença na incidência de participantes com e sem acompanhamento psicológico logo após a perda e que a maior parte não manteve esse acompanhamento até ao momento. A maior parte das gravidezes na amostra foram planeadas e não foram consideradas de risco.

4. Resultados

4.1 Testagem das Hipóteses

Para proceder à análise das hipóteses, foi escolhida a análise de regressão linear hierárquica múltipla. Para este efeito, foi estudado o ajustamento à distribuição normal das distribuições das variáveis avaliadas com escalas intervalares. No caso das variáveis avaliadas com escalas ordinais ou categoriais, os valores foram convertidos em escalas dicotómicas (0 e 1). Em todos os casos, foram observados os valores relativos ao diagnóstico da multicolineariedade (Tolerância > .1; VIF < 10).

Nas análises de regressão das hipóteses 1, 2, 3 e 4, a introdução de variáveis predictoras nos vários modelos decorreu da seguinte forma: Modelo 1, Quantos Anos Estudou Com Sucesso No Seu Percurso Académico e Idade; Modelo 2, Graffar (nível socioeconómico); Modelo 3, Atual Acompanhamento Psicológico, Quantos Meses Passaram Desde A Última Gravidez Perdida, A última Gravidez Foi Planeada; Modelo 4, variável independente enunciada na hipótese. Nas hipóteses 5 e 6, os modelos foram organizados deste modo: Modelo 1, Quantos Anos Estudou Com Sucesso, Idade; Modelo 2, Acompanhamento Psicológico Atual, Quantos Meses Passaram Desde A Última Gravidez Perdida, A Última Gravidez Foi Planeada; Modelo 3, as duas variáveis independentes referenciadas nas hipóteses em causa.

4.1.1 Testagem da Hipótese 1

Na testagem da Hipótese 1, a hipótese foi parcialmente confirmada, na medida em que uma das variáveis da Satisfação Conjugal, a Autonomia, dá um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto em termos das Dificuldades de Coping. Ainda, quanto à escala total de Luto Perinatal, a Autonomia apenas contribui para a sua explicação em duas situações: Dificuldades de Coping ($.039 \leq p \leq .873$) e Escala Total ($.043 \leq p \leq .821$). (anexos 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 50, 51)

A título de exemplo, apresentamos na Tabela 3 a análise de regressão em que a variável independente é a Intimidade Emocional e a variável dependente é o Luto Ativo.

Tabela 3.

Análise de regressão da hipótese 1 (VI - Intimidade emocional, VD - Luto Ativo)

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.057	.003	-.196	11.92548	.003	.016	2	10	.984
2	.158	.025	-.300	12.43315	.022	.200	1	9	.665
3	.323	.104	-.791	14.59271	.080	.178	3	6	.908
4	.332	.110	-1.135	15.93289	.006	.033	1	5	.863

4.1.2 Testagem da Hipótese 2

Na testagem da Hipótese 2, não foi possível confirmar que a satisfação com o suporte social dê um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto: Amigos ($.523 \leq p \leq .902$), Família ($.088 \leq p \leq .784$), Intimidade ($.191 \leq p \leq .728$) e Atividades ($.485 \leq p \leq .891$), Escala total ($.880 \leq p \leq .988$). (anexos 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66)

Na Tabela 4, apresentamos a análise da regressão em que a variável independente é a Satisfação com os Amigos e a variável dependente é o Luto Ativo.

Tabela 4.

Análise de regressão da hipótese 2 (VI - Satisfação com os Amigos; VD - Luto Ativo).

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.057	.003	-.196	11.92548	.003	.016	2	10	.984
2	.158	.025	-.300	12.43315	.022	.200	1	9	.665
3	.323	.104	-.791	14.59271	.080	.178	3	6	.908
4	.328	.107	-1.142	15.95903	.003	.017	1	6	.902

4.3.3 Testagem da Hipótese 3

Na testagem da Hipótese 3, não foi possível confirmar que os estados emocionais negativos dão um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto: Depressão ($.145 \leq p \leq .812$), Ansiedade ($.135 \leq p \leq .888$), Stress ($.313 \leq p \leq$

710) e Escala Total ($.185 \leq p \leq .769$). (an. 67, 68, 69, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81)

Na Tabela 5, temos apresentados os valores da análise de regressão onde a variável independente é a Ansiedade e a variável dependente é o Luto Ativo.

Tabela 5.

Análise de regressão da hipótese 3 (VI - Ansiedade; VD - Luto Ativo).

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.057	.003	-.196	11.92548	.003	.016	2	10	.984
2	.158	.025	-.300	12.43315	.022	.200	1	9	.665
3	.323	.104	-.791	14.59271	.080	.178	3	6	.908
4	.329	.108	-1.140	15.95063	.004	.022	1	5	.888

4.3.4 Testagem da Hipótese 4

Na testagem da Hipótese 4, não foi possível confirmar que os sentimentos de culpa e vergonha dão um contributo significativo para a explicação da variância do processo de luto: Culpa ($.050 \leq p \leq .208$), Vergonha ($.111 \leq p \leq .674$). (anexos 70, 71, 72, 82, 83, 84, 85)

De seguida, na Tabela 6 constam os valores da análise da regressão linear entre a variável independente Culpa e a variável dependente Luto Ativo.

Tabela 6.

Análise de regressão da hipótese 4 (VI - Culpa; VD - Luto Ativo).

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.042	.002	-.220	11.95330	.002	.008	2	9	.992
2	.084	.007	-.365	12.64508	.005	.042	1	8	.842
3	.361	.130	-.914	14.97039	.123	.236	3	5	.868
4	.666	.444	-.530	13.38496	.314	2.255	1	4	.208

4.3.5 Testagem da Hipótese 5

A hipótese 5 foi confirmada, na medida em que a interação entre os estados emocionais negativos e a satisfação com o suporte social ofereceram resultados

significativos. A variável da Satisfação com o Suporte Social da Família interage com a Depressão, resultando num contributo significativo para a explicação da variável Desespero do processo de luto. Também, a Satisfação com o Suporte Social da Família em interação com a Ansiedade, ajuda a explicar a variância da variável Desespero. De novo, a variável Satisfação com o Suporte Social da Família e a variável Stress contribuem significativamente para explicar as Dificuldades de Coping no Processo de Luto. A variável Satisfação com o Suporte Social da Família interage com a variável Ansiedade ajudando na explicação da variância das Dificuldades de Coping. O mesmo ocorre na interação da variável Satisfação com o Suporte Social da Família com a Depressão.

(anexo 211, 198, 188, 160)

Na Tabela 7, temos a regressão linear relativa à interação entre as variáveis independentes satisfação com o Suporte Social da Família e Depressão, na tentativa de explicar a variância da variável dependente Desespero.

Tabela 7.

Análise de regressão da hipótese 5 (VD – Satisfação com o Suporte Social da Família; VD – Desespero).

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.342	.117	-.030	7.97198	.117	.795	2	12	.474
2	.472	.223	-.208	8.63443	.106	.410	3	9	.750
3	.874	.765	.529	5.39016	.541	8.047	2	7	.015

4.3.7 Testagem da Hipótese 6

A hipótese 6 é confirmada através das seguintes constatações: a variável da Autonomia na Satisfação Conjugal interage com a Ansiedade e essa interação consegue dar um contributo significativo para a explicação da variância do Desespero sentido no processo de luto ($p = .072$); a variável da Autonomia na Satisfação Conjugal e a Ansiedade, interagem contribuindo para a explicação das Dificuldades de Coping no processo de luto; a variável da Autonomia na Satisfação Conjugal e a variável Depressão interagem e ajudam a explicar a variância do Desespero no

processo de luto; a variável da Autonomia na Satisfação Conjugal e a variável Depressão interagem, contribuindo para a explicação das Dificuldades de Coping; a variável da Autonomia na Satisfação Conjugal e a variável Stress interagem e dão um contributo significativo para explicação da variância das Dificuldades de Coping no processo de luto.

(anexos 146, 162, 186 201, 214)

Na Tabela 7, apresentamos a regressão linear onde as variáveis independentes são o Stress e a Satisfação com o Suporte Social Família enquanto a variável dependente é constituída pelas Dificuldades de Coping.

Tabela 7.

Análise de regressão da hipótese 6 (VI - Stress e Satisfação com o Suporte Social da Família; VD - Dificuldades de Coping).

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão da estimativa	Mudança de R ²	Mudança de F	df1	df2	Sig. Mudança F
1	.336	.113	-.035	7.00382	.113	.761	2	12	.488
2	.638	.407	.077	6.61242	.294	1.488	3	9	.283
3	.903	.815	.630	4.18706	.408	7.723	2	7	.017

As Dificuldades de Coping e o Desespero foram as variáveis associadas ao processo de luto que tiveram mais variância explicada por variáveis determinantes dos estados emocionais negativos (depressão, ansiedade e stress) e por variáveis incluídas na perceção de satisfação conjugal (Autonomia) e de suporte social (Família).

5. Discussão de Resultados e Conclusão

Os resultados da investigação são facilmente integrados nas descobertas científicas de investigações interiores, no sentido de clarificar que, de facto, o apoio sentido a diferentes níveis durante um período particularmente complexo como um processo de luto, é facilitador e tem um impacto positivo. O surgimento de sintomas associados aos estados emocionais negativos era uma das principais constatações que procurávamos no seguimento da investigação, tais como estados de depressão, ansiedade e stress e emoções como a culpa e a vergonha, todos estes associados ao processo de luto.

A partir de esses aspetos relacionados com o luto, foi possível procurar relações que explicassem a variância dos resultados e os diferentes tipos de apoio sentido pelas participantes. E, tal como em investigações anteriores, os resultados foram no sentido de que a Satisfação Conjugal é essencial na vivência de um acontecimento tão marcante como a perda gestacional. Assim sendo, observaram-se valores significativos quanto à relação entre a Autonomia percebida dentro da Satisfação Conjugal e as Dificuldades de Coping, bem como com a Escala Total do Luto Perinatal. Este resultado indica que questões como o respeito da privacidade, a autonomia e a relação do casal com a profissão de ambos, são apreciadas e importantes para variantes das Dificuldades de Coping, sobretudo associadas a dificuldades de convívio, funcionalidade, adaptação à perda, culpa, baixa autoestima e pensamentos acerca de suicídio. Num artigo de Lynch e Robins (2001), a autonomia dentro do casal foi apontada como um fator essencial para a satisfação do casal e com influência positiva em estados depressivos. A razão principal levantada foi a de que a autonomia significava menos criticismo dentro da relação e mais liberdade para sentir e expressar emoções. Numa situação como a perda gestacional, parece fazer sentido que o fator do criticismo seja importante para a mulher, a qual tem tendência a culpabilizar-se e a sentir quebras na autoestima e na valorização pessoal. A variável da Autonomia torna-se ainda mais relevante quando é tido em conta que interage também com o Stress e a Ansiedade, quer no que toca às Dificuldades de Coping como no Desespero. Ou seja, numa ampla variedade de fatores associados ao processo de luto perinatal, a satisfação conjugal, em particular a Autonomia e os vários sintomas de ansiedade, depressão e stress interagem com a severidade com que o processo de luto é sentido e a facilidade com que é ultrapassado.

Quanto ao apoio sentido do ponto de vista social, o que se salientou foi que, sobretudo em relação à Família, o suporte sentido é um bom preditor do surgimento e manutenção de estados emocionais negativos, em particular a depressão e a ansiedade, sendo que estes são abrangidos na variável do Luto Perinatal referente ao Desespero. Clarificando, a percepção de apoio por parte da Família, em termos de satisfação com o relacionamento familiar, o tempo de qualidade passado com a família e o que é feito em conjunto, parece contribuir para que os sentimentos associados à depressão (sentimentos negativos, falta de iniciativa e motivação, descrença, e baixa autoestima), associados à variável Desespero do processo de luto, sejam suavizados e melhor enfrentados. O Desespero está, por sua vez, relacionado com a toma de medicação para o sistema nervoso, culpa, dor física, desproteção, desânimo e descrença generalizada. Assim, o apoio familiar sentido parece servir de atenuante na vivência do processo de luto e dos estados depressivos associados. O mesmo acontece com a Ansiedade, por sua vez associada a sensações de inquietação, pensamentos negativos e dificuldades na funcionalidade. Ainda no que toca ao apoio familiar, demonstra interação com o Stress, Depressão e Ansiedade em relação às Dificuldades de Coping.

A confirmação das hipóteses postuladas a partir da crença de que o apoio é essencial foi de encontro aos objetivos da presente investigação. No entanto, é possível que a ausência de relações entre muitas das variáveis possa prender-se com a complexidade e sensibilidade do tema abordado e com a extensão dos protocolos. Por outro lado, como observámos na descrição da amostra, cerca de metade da amostra sofreu a perda gestacional por volta das treze semanas, sendo que descobriram a gravidez num período próximo às sete semanas de gestação, o que significa que estiveram grávidas entre seis a oito semanas. Podemos colocar a hipótese de que o facto de muitas das participantes terem estado pouco tempo grávidas contribua para o reduzido impacto a nível psicológico e surgimento de sintomas mais graves como os que eram avaliados nos instrumentos utilizados na investigação.

É de salientar a relevância de investigações sobre o tema, no sentido de suportar a necessidade e importância de cada vez mais serem desenvolvidas abordagens, métodos e programas de apoio nas instituições médicas e hospitalares que lidam com situações como perdas gestacionais. Pode não ser inteiramente do conhecimento das mulheres que sofreram perda gestacional o quanto é indispensável que procurem manter relações significativas e apoiantes no pós-perda e que fortaleçam a sua saúde mental através de essas mesmas relações, para que possam recuperar, ao seu ritmo,

mas sem consequências psicológicas ao nível patológico ou de sofrimento exacerbado.

6. Limitações e Sugestão de Estudos Futuros

Foi, em certa medida, uma limitação, o facto de as circunstâncias impostas pela pandemia do COVID-19 terem impedido que a recolha dos dados das participantes fosse realizada diretamente com as mesmas. Embora seja possível encontrar vantagens na recolha online, consideramos que, quando se trata de temas tão sensíveis como uma perda gestacional ou o processo de luto, o ideal seria conseguir acompanhar de forma mais próxima o preenchimento dos protocolos e questionários, pois seria possível esclarecer dúvidas e monitorizar o estado emocional das participantes. Talvez por isso mesmo, várias participantes tenham deixado respostas em branco ou cessado as respostas a partir de uma certa fase do protocolo, especialmente no da Escala de Luto Perinatal. No entanto, esta foi a forma encontrada de solucionar um problema que ultrapassava o nosso controlo e tornou possível a continuação da investigação presente.

Noutro sentido, poderia ter sido interessante acrescentar uma questão sobre a idade das participantes aquando da última perda gestacional, de forma a conseguir compreender se a idade das mulheres tem alguma influência na vivência dos restantes efeitos psicológicos associados ao processo de luto. Embora não tenha sido possível confrontar mulheres com perda precoce com mulheres com perda tardia, por omissão de respostas nesta investigação, será interessante, no futuro, procurar compreender o diferente impacto do processo de luto nestas duas circunstâncias, tentando verificar se a ocorrência de trabalho de parto induz diferenças psicológicas no processo de luto.

As investigações sobre este tema são de extremo interesse e a discussão ativa sobre a perda gestacional em si contribui para a diminuição do estigma e desvalorização do mesmo. Se quisermos aprofundar a questão, trata-se de um momento em que o surgimento de uma nova vida é substituído por uma perda inesperada e brutal, e com certeza terá diversas consequências não apenas na mulher, como na sua vivência futura da maternidade e, portanto, estamos a referir-nos ao crescimento de inúmeras crianças que poderão nascer após perdas anteriores. Se reconhecermos que o vínculo entre bebés/crianças e mães é indispensável e que os estilos de apego têm influência no crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, é essencial resolver anteriores traumas e anseios mal resolvidos associados a perdas gestacionais com consequências traumáticas ou patológicas.

Referências Bibliográficas

- Barr, P. (2010). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy*, 77(4), 493–510.
<https://doi.org/10.1348/1476083042555442>
- Bellhouse, C., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2018). “It’s just one of those things people don’t seem to talk about...” women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Women’s Health*, 18(176), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0672>
- Blackmore, E., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373–378.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic Coping and Its Significance for Marital Functioning. Decade of behavior. In Eds. T. Revenson, K. Kayser & G. Bodenmann, *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (p. 33–49). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/11031-002>
- Bowlby, J. (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*, 28(3), 649–656.
[https://doi.org/10.1016/S0003-3472\(80\)80125-4](https://doi.org/10.1016/S0003-3472(80)80125-4)
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men’s psychological adjustment after abortion: a six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 262–275.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2011.592974>

- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In Eds. S. Cohen & S. L. Syme, *Social support and health* (p. 3–22). Academic Press.
- Conway K, Russell G. (2000). Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 531-545.
<https://doi.org/10.1348/000711200160714>
- Day, R., & Hooks, D. (1987). Miscarriage: A Special Type of Family Crisis. *Family Relations*, 36(3), 305-310.
<https://doi.org/10.2307/583545>
- Engelhard, M., Hout, M., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2), 62–66.
[https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(01\)00124-4](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(01)00124-4)
- Folkman S. (2013) Stress: Appraisal and Coping. In (Eds.) Gellman M.D., Turner J.R. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Garel, M., Blondel, B., Lelong, N., Bonenfant, S., & Kaminski, M. (1993). Long-term consequences of miscarriage: the depressive disorders and the following pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(4), 233–240.
<https://doi.org/10.1080/02646839408409086>
- Gerber-Epstein, P., & Leichtentritt, R. D. (2009). The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: *The Women's Voices*. *Death Studies*, 33(1), 1–29.
<https://doi.org/10.1080/07481180802494032>
- Goodman, J. K., Cryder, C. E., & Cheema, A. (2013). Data Collection in a Flat World: The Strengths and Weaknesses of Mechanical Turk Samples. *Behavioral Decision Making*, 26(3), 213–224.
<https://doi.org/10.1002/bdm.1753>

- Haghparsat, E., Faramarzi, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(5), 1097–1101. <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909>
- Hauser, D. J., & Schwarz, N. (2016). Attentive Turkers: MTurk participants perform better on online attention checks than do subject pool participants. *Behavior Research Methods*, 48, 400–407. <https://doi.org/10.3758/s13428-015-0578-z>
- Helmrath, T. A., & Steinitz, E. M. (1978). Death of an Infant: Parental Grieving and Failure of Social Support. *Family Practice*, 6(4), 785–790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/641461/>
- James, D. S., & Kristiansen, C. M. (1995). Women's Reactions to Miscarriage: The Role of Attributions, Coping Styles, and Knowledge. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(1), 59–76. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb01584.x>
- Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1991). Acute Versus Chronic Grief: The Case of Pregnancy Loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510–522. <https://doi.org/10.1037/h0079288>
- Li, W., Newell-Price, J., Jones, G. L., Ledger, W. L., & Li, T. C. (2012). Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reproductive BioMedicine*, 25(2), 180–189. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2012.03.012>
- Mcgee, K., PettyJohn, M. E., & Gallus, K. L. (2018). Ambiguous Loss: A Phenomenological Exploration of Women Seeking Support Following Miscarriage. *Journal of Loss and Trauma*, 23(6), 516–530. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1484625>

- Paolacci, G., & Chandler, J. (2014). Inside the Turk. *Current Directions in Psychological Science*, 23(3), 184–188.
<https://doi.org/10.1177/0963721414531598>
- Paolacci, G., Chandler, J., & Ipeirotis, P. G. (2010). Running experiments on Amazon Mechanical Turk. *Judgment and Decision Making*, 5(5), 411–419.
<http://sjdm.org/~baron/journal/10/10630a/jdm10630a.pdf>
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 655–668.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.655>
- Shaver, P. R., & Fraley, R. C. (2008). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views and current controversies. In (Eds.) J. Cassidy & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 48–77). The Guilford Press.
- Shaw, R. J., Deblois, T. M., Ikuta, L., Ginzburg, K. R. N., Fleisher, B., & Koopman, C. (2006). Acute Stress Disorder Among Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206–212.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.3.206>
- Toedter, L. J. T., Lasker, J. N., & Janssen, H. M. (2010). Internacional Comparison of Studies Using the Perinatal Grief Scale: A Decade of Research on Pregnancy Loss. *Death Studies*, 25(3), 205–228.
<https://doi.org/10.1080/07481180125971>
- Warsop, A., Ismail, K., & Iliffe, S. (2007). Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. *Psychology, Health & Medicine*, 9(4), 306–314.
<https://doi.org/10.1080/13548500410001721873>